

Declaro estar ciente da Resolução COFFITO nº 452/15 que dispõe sobre o exercício acadêmico de estágio não obrigatório em Terapia Ocupacional e que serei responsável pela supervisão direta de todas as atividades executadas pelo estagiário(a) no local supracitado.

Informo abaixo, os dados referentes à jornada e carga horária semanal do estagiário(a):

Dias	() Segunda	() Terça	() Quarta	() Quinta	() Sexta	() Sábado	() Domingo
Horário							

Período de realização de estágio de ____/____/____ até ____/____/____
Carga horária total _____ Hs.

Informo abaixo, a relação nominal dos Terapeutas Ocupacionais da Unidade Concedente e suas respectivas escalas de trabalho:

Nome completo do(s) profissional(is)	Nº Crefito	Escala de Trabalho

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do Terapeuta Ocupacional responsável (Unidade Concedente)

ANEXAR AO REQUERIMENTO:

- * 1 (UMA) FOTO 2X2 DO ESTAGIÁRIO (NÃO ACEITAREMOS FOTO 3X4)
- * CÓPIA DO RG (NÃO SERÁ ACEITA CNH)
- * CÓPIA DO CPF
- * CÓPIA DO TERMO DE COMPROMISSO ENTRE A UNIDADE CONCEDENTE/ ACADÊMICO/IES.